Imprimir el formulario

Metropolitan Transit System

1255 Imperial Avenue, Suite 1000
San Diego, CA 92101-7490
(619) 231-1466 • FAX (619) 234-3407

SOLICITUD PARA TARIFA REDUCIDA
Identificación con foto (formulario corto)

Si está solicitando una credencial de identificación de MTS para tarifa reducida con una declaración de discapacidad de parte de un médico, **DETÉNGASE** y diríjase a la solicitud para tarifa reducida (formulario largo) - personas con discapacidades médicas. De lo contrario, favor de llenar la solicitud a continuación. Todas las preguntas deben ser contestadas por completo antes de que considere su solicitud. **Favor de ESCRIBIR claramente**.

Apellido _____ Nombre de pila _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Número de departamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Marque la opción apropiada:

1. ☐ Persona de la tercera edad

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿60 años de edad o mas? Si ◯ No ◯

2. ☐ Tarjeta de identificación de Medicare (Medi-Cal NO es elegible)

3. ☐ Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) o destinatario de ingreso de discapacidad del segurosocial (SSD, por sus siglas en inglés)

4. ☐ Placa del departamento de vehículos motorizados (DMV, por sus siglas en inglés) - evidencia de placa de persona con discapacidad o credencial de identificación emitida por el departamento de vehículos motorizados de California

5. ☐ Prueba de certificación MTS Access

Marque la opción apropiada:

☐ **Tarjeta nueva.** Si nunca ha tenido una tarjeta de tarifa reducida de MTS, marque esta opción. El costo es de $7.

☐ **Tarjeta de reemplazo:** Si ha extraviado su tarjeta de tarifa reducida de MTS, fue robada, o ha caducado, marque esta opción. El costo de un reemplazo es de $7.

FOR OFFICE USE ONLY

Certification _____ (Government or State-Issued ID Card) _____ (Issue Date) _____ (Staff Initials)

Revocation _____ (Reason) _____ (Revocation Date) _____ (Staff Initials)

Card ID No. _____ (Issue Date) _____ (Expiration Date)

Additional Notes: _____

Firma del solicitante

Certifico según mi leal saber y entender que la información en este formulario es fiel y exacta.

Entiendo que proporcionar datos falsos o erróneos podría tener como resultado la revocación de mi elegibilidad.

Entiendo que debo tener 60 años o más de edad o poseer una tarjeta de Medicare o una tarjeta SSI o SSD para ser elegible para una tarjeta para tarifa reducida de MTS.

Entiendo que debo proporcionar esta solicitud completa y firmada y la credencial de identificación con foto emitida por el estado o gobierno que muestra que soy elegible para una tarifa reducida en persona para ser considerado para una tarjeta para tarifa reducida de MTS. Entiendo que hay una cuota de procesamiento por la tarjeta.

Entiendo que la tarjeta para tarifa reducida de MTS es no transferible a terceros.

Entiendo que MTS se reserva el derecho de determinar elegibilidad en base a las normas federales.

Entiendo que la tarjeta para tarifa reducida de MTS es válida hasta la fecha impresa en la tarjeta y que debo volver a solicitarla en ese momento si es que deseo continuar mi elegibilidad con el programa.

Entiendo que debo tocar mi tarjeta para tarifa reducida de MTS en el lector de la caja de cobro del autobús o validador del Trolley a fin de ser elegible para una tarifa reducida.

_____ _____

Firma Fecha

Entregue la solicitud

En persona a: The Transit Store
102 Broadway
San Diego, CA 92101

Pasajeros con discapacidades auditivas

TDD - Condado de San Diego (sur) 619.234.5005; Condado de San Diego (norte) 1.888.722.4889